

Stichworte: Säuglingsstation, Haftung des Krankenhausträgers, Haftung des Pflegepersonals, Behandlungsfehler, Dokumentation, Pflegebericht, Meningitis, Beweislast, Beweiserleichterung, Beweislastumkehr,

Zur Haftung des Krankenhausträgers und des diensthabenden und aufsichtsführenden Pflegepersonals

Betroffene Normen: BGB § 242, § 253 Abs. 2, § 280 Abs. 1 Satz 1, § 362, § 611, § 823 Abs. 1

Leitsätze des Bearbeiters:

- 1. Die Bewertung eines möglichen fehlerhaften Verhaltens hat sich an einer vorausschauenden und nicht rückblickenden Sichtweise zu orientieren.**
- 2. Eine Säuglingsstation ist durchgehend mit Pflegefachkräften zu besetzen, um eine lückenlose Betreuung der Säuglinge zu gewährleisten.**
- 3. Ein ordnungsgemäß geführter Pflegebericht hat als Privaturkunde die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich.**
- 4. Für die Frage, ob das Ärzte- und Pflegepersonal die Meningitissymptome der Klägerin nicht rechtzeitig erkannt habe, kommt den Krankenunterlagen – insbesondere dem Pflegebericht – eine erhebliche beweisrechtliche Bedeutung zu.**

Gericht, Datum, Aktenzeichen, (Alternativ: Fundstelle): LG Koblenz, Urt. v. 28.03.2007 – 10 O 148/05

Kurzdarstellung:

Vorliegend streiten die Parteien darum, ob das Ärzte- und Pflegepersonal die Meningitissymptome der Klägerin unmittelbar nach ihrer Geburt fehlerhaft nicht rechtzeitig erkannt haben.

Darüber hinaus kann der vorliegenden Entscheidung einmal mehr entnommen werden, dass die in der Rechtsprechung in Bezug auf ärztliche Behandlungsfehler entwickelten Regeln zur Beweislastverteilung auch für das Pflegepersonal Geltung besitzen.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen.

Auszüge aus der redaktionell bearbeiteten Entscheidung:

Der Fall

Die Parteien streiten darum, ob Meningitissymptome der Klägerin unmittelbar nach ihrer Geburt fehlerhaft nicht rechtzeitig erkannt worden sind.

Die Klägerin wurde am 23.01.2002 im Krankenhaus der Beklagten geboren.

Die Beklagte zu 1) ist Trägerin des Krankenhauses, die Beklagten zu 2) bis 7) sind als Säuglings-schwestern Teil des behandelnden und aufsichtsführenden Pflegepersonals. Der Beklagte zu 8) ist als Chefarzt Leiter der Hauptfachabteilung Gynäkologie/Geburtshilfe und verantwortlich für die Organisation des Pflegepersonals.

Der Streithelfer hat als Gynäkologe die Mutter der Klägerin während der Schwangerschaft betreut.

Ausweislich der Untersuchungen des Streithelfers verlief die Schwangerschaft der Mutter der Klägerin im Wesentlichen komplikationslos. In der Nacht vom 22. zum 23.01.2002 (38. Schwangerschaftswoche) trat bei der Mutter der Klägerin ein vorzeitiger Blasensprung auf. Sie suchte das Krankenhaus der

Beklagten auf. Nach hierauf in den Morgenstunden des 23.01.2002 einsetzenden Wehen, wurde die Klägerin um 11.14 Uhr geboren.

Die Zustandsdiagnostik nach Apgar wies mit den Werten 9/10/10 nach 1,5 und 10 Minuten nach der Geburt auf einen optimalen Zustand des Neugeborenen hin. Das Nabelschnurblut wies einen pH-Wert von 7,25 auf. Um 13.00 Uhr wurde die Klägerin aus dem Kreißsaal in den Neugeborenenbereich gebracht.

Der nachfolgende Zustand der Klägerin zwischen dem Nachmittag des 23.01.2002 und den frühen Morgenstunden des 25.01.2002 ist zwischen den Parteien streitig.

In den Pflegeberichteintragungen sind in dieser Zeit keine besonderen Auffälligkeiten festgehalten. Erst am 25.01.2002 findet sich gegen 3.30 Uhr die Eintragung „ist unruhig und schreckhaft“. Um 6.45 Uhr ist festgehalten: „Kind ist wach, gibt stöhnende Laute von sich, gewickelt, liegt überstreckt auf dem Wickeltisch, verdreht die Augen nach unten, Kind versucht anzulegen, stöhnt weiterhin.“ Daraufhin wurde von der zuständigen Säuglingsschwester der aufsichtsführende Arzt Dr. ... informiert. Unter 7.05 Uhr finden sich folgende Eintragungen: „Dr. ... untersucht Kind. Gibt Sauerstoff über Maske, Pulsoximeter angeschlossen, Dr. ... stellt Sonnenuntergangsphänomen am Kind fest, will es verlegen.“ Gegen 7.15 Uhr sah sich der Beklagte zu 8) die Klägerin an. Es findet sich im Pflegebericht folgende Eintragung: „Dr. ... legt der Mutter das Kind zur Beruhigung in den Arm. Kind stöhnt weiter – Sonnenuntergangsphänomen. – Anordnung Chefarzt: Kind in Isolette ohne Sauerstoff, CRP nach 15 Min., wenn Kind sich beruhigt hat.“

Die Akutkurve, die am 25.01.2002 ab 7.30 Uhr angelegt wurde, enthält folgende klinische Beobachtungen.“

„7.30 Uhr: Sauerstoffsättigung 97 %, Puls 171, Atmung 81, Kind stöhnt, zieht ein, schreit, ist überstreckt. Sonnenuntergangsphänomen.

8.10 Uhr: Puls 191, Atmung 101, Sonnenuntergangsphänomen, Faustbildung, anschließend überstreckt, stöhnt, zieht ein.

8.30 Uhr: Puls 189, Atmung 89, gekrampft?

8.40 Uhr: Gekrampft.

8.45:Uhr: Puls 190, Atmung 63, Blutzucker 75 mg %, eintreffen Kinderarzt aus ...“

Anschließend erfolgte die Verlegung in die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin nach ...

Dort wurde die Diagnose einer Sepsis und Meningitis gestellt. Als Erreger wurden Streptokokken nachgewiesen.

Die Mutter der Klägerin war zum Zeitpunkt der Geburt resistente Keimträgerin von Streptokokken der Gruppe B, die bei ihr bis Dezember 2002 in ihrer Scheide nachgewiesen wurden, ohne selbst Symptome zu haben. Dies war zum Zeitpunkt der Geburt weder den Beklagten, sonstigem Krankenhauspersonal, noch dem Streitverkündeten Dr. ... als dem die Mutter der Klägerin in der Schwangerschaft betreuenden Arzt bekannt. Die Infektion ergab sich erst aus einem Test am 25.01.2002. Eine zielgerichtete Untersuchung zum Nachweis einer etwaig Besiedlung der Schwangeren mit beta-hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe B ist nach den geltenden Mutterschaftsrichtlinien nicht ohne jeglichen Anhalt für einen pathologischen Befund und ohne das Vorliegen von typischen Risikofaktoren vorgesehen. Ein generelles GBS-Screening in der Schwangerschaft zur Prophylaxe der Neugeborenenensepsis durch Streptokokken der Gruppe B (GBS) sehen die Mutterschaftsrichtlinien hingegen nicht vor.

Infolge der Meningitis der Klägerin ist diese trotz Einleitung einer Antibiotikatherapie schwer hirngeschädigt, ihre Entwicklung in erheblichem Maße retardiert und auf Vollzeitpflege angewiesen.

Die Klägerin trägt vor, die Beklagten seien in erheblichem Umfang für die erlittenen Schäden verantwortlich, indem sie Meningitissymptome – Unruhe, Schreckhaftigkeit, grau-blasser Gesichtsfarbe, Trinkunlust, Erbrechen, Hervortreten von Fontanellen, Zunahme des Kopfumfanges, vermehrte Venenzeichnung am Kopf, Überstreckung des Rumpfes, Fehlstellungen der Augen (Sonnenuntergangsphänomen) – am Abend des 23.01.2002 und insbesondere am 24.01.2002 übersehen hätten. Erst am Morgen des 25.01.2002 seien diagnostische Maßnahmen ergriffen worden. Das Pflegepersonal habe

auf Fragen und Hinweise der Eltern nicht reagiert. Der Pflegebericht sei falsch gefasst, da er erst ab dem 25.01.2002 Eintragungen enthalte, die auf Meningitissymptome hindeuten.

Bei der vorliegenden Verkenntung der Meningitissymptome handele es sich um einen groben ärztlichen Fehler, der zu einer Umkehr der Beweislast insoweit führe, als dass nunmehr die Beklagten dafür beweispflichtig seien, dass die Schäden auch bei früherer Diagnose im selben Umfang eingetreten wären.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 35.271,04 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 25.01.2005 zu zahlen,
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, wobei die Summe von 250.000,00 € nicht unterschritten werden sollte,
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie beginnend ab dem 26.01.2005 eine monatliche Schmerzensgeld- und Pflegerente in Höhe von zusammen nicht unter 2.500,00 € zu zahlen,
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner für alle materiellen und immateriellen Schäden haften, welche der Klägerin zukünftig entstehen,
die Beklagte zu 1) zu verurteilen, der Klägerin Namen und ladungsfähige Anschrift der Pflegedienstleitung zu benennen, welche für die Einteilung und Überwachung des Pflegedienstes im ...-Krankenhaus .../ Neugeborenenstation vom 23.01.2002 bis zum 25.01.2002 verantwortlich war.

Die Beklagten beantragen,
die Klage abzuweisen.

Sie tragen vor, die Grunderkrankung sowie der Verlauf der Erkrankung bei der Klägerin seien schicksalhaft und keinesfalls durch ein Fehlverhalten der Beklagten hervorgerufen worden. Die Geburt und die nachfolgende Zeit bis zum 25.01.2002 seien aus Kindersicht unauffällig verlaufen. Das erfahrene Pflegepersonal habe den Säugling ordnungsgemäß beobachtet und sofort nach Auftreten der ersten Symptome einen Arzt verständigt. Die erforderlichen Diagnosen und Behandlungen seien sodann in die Wege geleitet worden.

Diesem Vortrag schließt sich der Streithelfer an.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung von Zeugen und Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Prof. Dr. ... Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Schriftsätze der Parteien und auf die Sitzungsprotokolle verwiesen.

Die Entscheidung

Die zulässige Klage bleibt in der Sache ohne Erfolg.

I. Ein Schadensersatzanspruch der Klägerin ist aus keinem rechtlichen Gesichtspunkt gegeben, weder aus Vertrag, noch aus Deliktsrecht.

Voraussetzung eines Schadensersatzanspruchs ist eine Pflichtverletzung der Beklagten. Diese könnte vorliegend einzig darin gesehen werden, dass bei der Klägerin eine erkennbare Krankheit und die für sie kennzeichnenden Symptome nicht rechtzeitig erkannt worden sind (*BGH, NJW 2003, 2827*) und das diagnostische Vorgehen für einen gewissenhaften Arzt nicht mehr vertretbar erscheint. Medizinisch gebotene Befunde für die Diagnose und gegebenenfalls ihre Überprüfung sind dabei stets zu erheben und zu sichern, bei zweifelhafter Diagnose ist für weitere Abklärung zu sorgen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist vorliegend weder ein Organisationsfehler des Krankenhausträgers als Beklagter zu 1), ein Überwachungs-Organisations- oder Diagnosefehler des Leiters der Hauptfachabteilung Gynäkologie/Geburtshilfe als Beklagtem zu 8), noch den diensthabenden und aufsichtsführenden Säuglingsschwestern als Beklagten zu 2) - 7) vorzuwerfen.

Die von Klägerseite vorgetragene und unter Beweis gestellten Behauptungen, dass bereits am Abend des 23.01.2002 und am 24.01.2002 aufgrund des unruhigen und schreckhaften Verhaltens und der ungesunden Gesichtsfarbe der Klägerin Symptome erkennbar gewesen sein sollen, die auf den Aus-

bruch einer Meningitis hindeuten, haben sich zur Überzeugung des Gerichts durch Vernehmung der Zeugen ... und ... nicht bestätigt. Vielmehr ist die Beweisaufnahme insoweit unergiebig geblieben.

Als einzige von der Klägerin benannte Zeugin konnte Frau ... – die Großmutter der Klägerin – aus eigener Anschauung bestätigen, dass die Klägerin auf sie unruhig gewirkt, die Augen verdreht und das Köpfchen hin und her geschlagen habe. Das Gericht hat keinen Anlass, diese Aussage als nicht glaubhaft zu bewerten. Allerdings geht die Kammer in einer Gesamtschau der Aussagen davon aus, dass vor dem Hintergrund der verwandtschaftlichen Beziehung und der begründeten Sorge um das Enkelkind im Nachhinein medizinische Laien dazu neigen, bei schwerwiegenden und komplikationsträchtigen medizinischen Ereignissen eigene Beobachtungen im Vorfeld als richtungsweisend wahrzunehmen, die aus medizinisch-sachverständiger Sicht unmaßgeblich waren.

Jedenfalls konnte nicht nachgewiesen werden, dass die Säuglingsstation in der fraglichen Zeit nicht durchgehend von Krankenschwestern betreut worden wäre. Zwar hat die Zeugin ... behauptet, sie habe in ihrer Besuchszeit keine Krankenschwestern gesehen, gleichzeitig aber auch eingeräumt, sie habe damals das Säuglingszimmer zum Rauchen öfters verlassen. Zugleich hat die Zeugin ... bestätigt, dass das Pflegepersonal in der fraglichen Zeit stets die Station überwacht hat und auf Klingelzeichen auch direkt erschienen ist. Für diese Version sprechen auch die **Eintragungen im Pflegebericht**. Dieser hat als Privaturkunde die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich. Der Sachverständige ... hat in seinem Sachverständigengutachten vom 07.08.2006 den Pflegebericht als fachlich ausreichende Dokumentation für den streitgegenständlichen Zeitraum bezeichnet. Dabei bezieht er sich auf mehr als 20 Verlaufsbeschreibungen vom verantwortlichen Pflegepersonal in der Zeit vom 23.01.2002, 13.00 Uhr, bis zur Verlegung der Klägerin nach ... am 25.01.2002, 8.45 Uhr.

Dementsprechend sieht die Kammer keinen Anlass, Zweifel an den Eintragungen im Pflegebericht zu hegen. Die insoweit anderslautende Aussage der Zeugin war jedenfalls nicht derart konkret und eindeutig, dass sie die sonstigen Beweismittel und Indizien erschüttert, zumal sie weiterhin von Klägerseite benannten Zeugen ... und ... ausgesagt haben, das Kind nur kurz im Wägelchen gesehen zu haben, ohne dass ihnen weiteres aufgefallen wäre.

Damit hat sich die klägerische Behauptung, der Pflegebericht über den streitgegenständlichen Zeitraum sei falsch, nicht bestätigt.

Als Anknüpfungstatsachen für das Sachverständigengutachten von Prof. Dr. ... hatte dieser mithin für die Frage, ob das Ärzte- und Pflegepersonal die Meningitissymptome der Klägerin nicht rechtzeitig erkannt habe, die Krankenunterlagen – insbesondere den Pflegebericht – zugrunde zu legen.

Auf dieser Grundlage kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, dass weder am Abend des 23.01.2002 noch am 24.01.2002 Symptome vorlagen, die in typischer Weise auf eine Meningitis deuteten und von den Ärzten oder Pflegern nicht rechtzeitig erkannt wurden. Diesen überzeugenden und schlüssigen Darlegungen schließt sich die Kammer an.

Die verantwortlichen Pflegekräfte mussten zum Zeitpunkt ihrer Beobachtungen davon ausgehen, dass es sich bei der Geburt der Klägerin um eine allenfalls leicht Verfrühte, sonst aber völlig normale Geburt nach weitgehend unkomplizierter Schwangerschaft und bestem Zustand der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt handelte. Die Bewertung eines möglichen fehlerhaften Verhaltens hat sich dabei an einer vorausschauenden und nicht rückblickenden Sichtweise zu orientieren.

Der am 24.01.2002 um 1.15 Uhr vorgenommene Eintrag, das Kind habe viel gespuckt, kann keinesfalls als richtungsweisende Auffälligkeit gewertet werden. Dass Neugeborene gelegentlich noch im Magen befindliche Flüssigkeit ausspucken, ist in keiner Weise verwunderlich. Immerhin wurde das Kind anschließend gebadet und gewickelt und danach der Mutter angelegt. Hierzu ist wiederum vermerkt, dass es nun gut gesaugt habe.

Dass die Klägerin am 24.01.2002 um 14.45 Uhr nochmals reichlich Muttermilch und Hämatin gespuckt hat, mag im Nachhinein als Auffälligkeit gewertet werden. Dieses Geschehen kann jedoch auf keinen Fall in vorausschauender Sicht als ein besonderes Ereignis gewertet werden, dass Anlass bot, besondere Maßnahmen außer einer weiteren Überwachung des Kindes zu ergreifen. Diese Überwachung ist nach vorgenommener Dokumentation drei Stunden später erfolgt.

Dem gegenüber ist am 25.01.2002 um 3.30 Uhr zwar dokumentiert, dass die Klägerin auf einer Seite gut gesaugt hätte, ansonsten jedoch oft geschrien habe und unruhig und schreckhaft gewesen sei. Es ist nach klinischer Praxis und Erfahrung aber deutlich überzogen, wenn man hierbei ohne weitere konkrete Befunde bei jedem Neugeborenen sogleich an den schrecklichen Verlauf einer Neugeborenenrosepsis denkt.

Im Gegensatz dazu findet sich am 25.01.2002 um 6.45 Uhr erstmals ein Befund, der aus gutachterlicher Sicht eindeutig auf ein sich anbahnendes oder bereits existierendes krankhaftes Geschehen deutete, und zwar das erstmals dokumentierte Verdrehen der kindlichen Augen nach unten. Auf diese Beobachtung wurde jedoch seitens der verantwortlichen Pflegekraft innerhalb von 15 Minuten reagiert, indem der ärztliche Dienst informiert wurde, welcher die Verlegung nach ... vorschlug. Wenn der zehn Minuten später eingetroffene Chefarzt der gynäkologischen Abteilung – der Beklagte zu 8) – zunächst, obwohl auch er das beschriebene Sonnenuntergangsphänomen bestätigte, eine Beobachtung des Kindes in der Isolette anordnete, hat er, wie sich nachträglich herausstellte, die sich nunmehr darstellende Gefährdung der Klägerin weniger gravierend bewertet als der zunächst benachrichtigte Arzt Dr. ... Letztlich hat aber auch, er nachdem sich innerhalb der nächsten halben Stunde der Zustand des Kindes verschlechterte, einer Verlegung nach ... zugestimmt, die um 8.45 Uhr und damit 1.45 Stunden nach ärztlicher Diagnosestellung erfolgte.

Weiterhin hat der Sachverständige anlässlich der mündlichen Erläuterung seines Gutachtens am 28.02.2007 erklärt, dass eine Meningitisinfektion meistens während des Geburtsganges erfolgt. Die Streptokokkenerreger wurden bei der Mutter der Klägerin als resistenter Keimträgerin bis Dezember 2002 in der Scheide nachgewiesen. Anzeichen für eine Infektion vor der Geburt sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Inkubationszeit beträgt wiederum etwa zwei Tage, das heißt, etwa zwei Tage nach dem Geburtstermin sind die ersten Anzeichen einer beginnenden Meningitis erkennbar.

Vor dem Hintergrund dieses medizinischen Wissens um die Inkubationszeit stimmt der im Pflegebericht dokumentierte Verlauf auch zeitlich mit diesen Vorgaben überein. Geboren wurde die Klägerin am 23.01.2002 um 11.14 Uhr, die ersten Krankheitssymptome waren am 25.01.2002 um 6.45 Uhr erkennbar. Auch dies bestärkt die Einschätzung der Kammer, dass die Beklagten nicht fehlerhaft nicht rechtzeitig die Meningitissymptome wahrgenommen haben.

Hierzu kommt noch weiterhin, dass die Wahrnehmungen seinerzeit hinsichtlich des Säuglingswohls aus Sicht eines Gynäkologen oder aus der Warte von Krankenschwestern einer gynäkologischen Abteilung getroffen wurden. Insoweit kann hinsichtlich möglicher früher Meningitiserkenntnisse nicht derselbe Sorgfaltsmaßstab wie etwa bei einem Pädiater angelegt werden. Andererseits bestand nach den Ausführungen des Sachverständigen ... keine Veranlassung vor 6.45 Uhr am 25.01.2002 weitere Befunderhebungen durchzuführen.

Mithin kann den Beklagten nicht vorgeworfen werden, sie hätten fehlerhaft Meningitissymptome bei der Klägerin nicht rechtzeitig erkannt.

Ein Schadensersatzanspruch der Klägerin ist folglich mangels Pflichtverletzung nicht gegeben.

II. Ebenso verhält es sich mit dem eingeklagten Schmerzensgeld und der Schmerzensgeldrente.

III. Mangels Pflichtverletzung war auch der Antrag auf Feststellung des Einstehens der Beklagten für alle zukünftigen materiellen und immateriellen Schäden abzuweisen.

IV. Der Antrag auf Benennung der Anschrift der Pflegedienstleitung, welche für die Einteilung und Überwachung des Pflegedienstes im ...-Krankenhaus ... / Neugeborenenstation vom 23.01.2002 bis zum 25.01.2002 verantwortlich gewesen ist, war ebenfalls abzuweisen.

Zwar besteht an sich ein solcher Auskunftsanspruch aus Treu und Glauben des Behandlungsvertrags gemäß §§ 611, 242 BGB. Nachdem jedoch die Beklagtenseite in der Klageerwiderung Namen und Anschrift des Pflegedirektors mitgeteilt hat, und im Rahmen des vorher eingeleiteten Ermittlungsverfahrens bereits sämtliche Unterlagen mit Zusammenhang mit der Pflege und Behandlung der Klägerin

beschlagnahmt worden sind, ist dieser Auskunftsanspruch spätestens seit dem 30.05.2005 nach § 362 BGB als erfüllt anzusehen. Die Klägerin hätte als prozessuale Erklärung daraufhin den Rechtsstreit für erledigt erklären müssen. Nach Erfüllung ist die Klage aber jedenfalls auch hinsichtlich der Auskunft als unbegründet anzusehen.

Praxistipp:

Der Entscheidung des Landgerichts kann die Zustimmung nicht versagt werden.

Die vorliegende Entscheidung zeigt einmal mehr, welche beweisrechtliche Bedeutung einer ordnungsgemäß geführten Dokumentation, hier in Form des Pflegeberichtes, zukommt.

Das Landesgericht kommt im Rahmen seiner Beweiswürdigung zu dem zutreffenden Ergebnis, dass dem Ärzte- und Pflegepersonal im Hinblick auf die rechtzeitige Erkennung von Meningitissymptomen bei der Klägerin kein fehlerhaftes Verhalten vorgeworfen werden kann. Entscheidungserheblich hierfür war der ordnungsgemäß geführte Pflegebericht, der keine Pflichtverletzungen erkennen lässt.

Generell können im Hinblick auf die Beweislastverteilung im Allgemeinen und hinsichtlich einer ordnungsgemäß geführten pflegerischen Dokumentation im Besonderen folgende Grundsätze festgehalten werden:

- Grundsätzlich hat der Patient einen Pflegefehler der Pflegefachkraft, aus dem er Schadensersatzansprüche gegen den Krankenhausträger herleitet, sowie dessen Ursächlichkeit für den bei ihm aufgetretenen Gesundheitsschaden zu beweisen. Nur ausnahmsweise kann er dabei Beweiserleichterungen nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen für sich in Anspruch nehmen.
- Mangelnde Beweisbarkeit aufgrund fehlender oder unzureichender Dokumentation geht zulasten der Pflegefachkraft. Nach den Regeln des Anscheinsbeweises kann zugunsten des Patienten aus einem nachgewiesenen Pflegefehler auf dessen Ursächlichkeit für einen typischerweise eingetretenen Schaden geschlossen werden. Umgekehrt kann aus einem feststehenden Schaden, der typischerweise Folge eines bestimmten Pflegefehlers ist, auf dessen Vorliegen geschlossen werden.
- Die Beweislast ist zugunsten des Patienten umzukehren, wenn ein grober Pflegefehler vorliegt, der generell geeignet ist, den eingetretenen Schaden herbeizuführen.
- Beweiserleichterungen bis hin zu Beweislastumkehr gelten, wenn die Schädigung aus einem Bereich resultiert, dessen Risiken voll beherrschbar sind, also nicht aus der Unberechenbarkeit des menschlichen Organismus, sondern beispielsweise aus dem Einsatz technischer Geräte stammen. Gleiches gilt, wenn die Pflegefachkraft ihrer Pflicht zu hinreichender Dokumentation der Behandlung und des Krankheitsverlaufs nicht nachgekommen und die Schadensursache dadurch nicht mehr aufklärbar ist oder die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird.
- Fehlende oder mangelhafte Aufzeichnungen indizieren das Unterbleiben einer dokumentationspflichtigen Maßnahme. Beweiserleichterungen können sich auch ergeben aus der unterlassenen Erhebung von gebotenen medizinisch-pflegerischen Befunden und der unzureichenden Sicherung der Befundträger, die zur Klärung des Krankheitsverlaufs hätten beitragen können.
- Die Dokumentation einer Maßnahme ist nur dann geboten, wenn sich aus dem pflichtwidrigen Unterbleiben der Beschreibung dokumentationsbedürftiger Befunde oder dokumentationsbedürftiger Behandlungsmaßnahmen eine unzumutbare Verschlechterung der Beweissituation für den Patienten ergibt.
- Geboten ist eine zu dokumentierende Maßnahme auch dann, wenn zur Wahrung therapeutischer Belange Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für künftige Entscheidungen informiert werden müssen. Die Dokumentation eines einzelnen Schritts ist daher nur dann erforderlich, wenn aus der Behandlungssituation heraus von den medizinisch bzw. pflegerisch gebotenen Regeln abgewichen werden musste.

- Grundsätzlich sind alle am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen zur Dokumentation verpflichtet. Dabei sind alle pflegerisch und medizinisch relevanten Wahrnehmungen, insbesondere alle atypischen Verläufe zu dokumentieren. Dies gilt erst recht für Risikopatienten. Ferner sind alle ärztlichen bzw. pflegerischen Anordnungen sowie alle pflegerisch und/oder medizinisch relevanten Maßnahmen zu dokumentieren.
- Die Dokumentation pflegerisch und/oder medizinisch relevanter Beobachtungen und Maßnahmen hat grundsätzlich zeitnah zu erfolgen. Wird das Dokumentieren einer aufzeichnungsrelevanten Maßnahme einmal vergessen, so kann diese als Nachtrag gekennzeichnet am nächsten Tag noch eingetragen werden.

(Bearbeitet von Rechtsanwalt Prof. Robert Roßbruch)